



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

ADRIANA COUTINHO LEITE

**CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES ELEGÍVEIS PARA CUIDADOS PALIATIVOS
EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

JOÃO PESSOA – PB

2019

ADRIANA COUTINHO LEITE

**CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES ELEGÍVEIS PARA CUIDADOS PALIATIVOS
EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Especialização em
Cuidados Paliativos, do Centro de Ciências da
Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como
exigência para obtenção do título de Especialista
em Cuidados Paliativos.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Eliane Moreira
Freire

JOÃO PESSOA – PB

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

L533c Leite, Adriana Coutinho.

Caracterização de pacientes elegíveis para cuidados paliativos em unidades de internação de um hospital universitário / Adriana Coutinho Leite. - João Pessoa, 2019.

38f. : il.

Orientação: Maria Eliane Moreira Freire.

TCC (Especialização) - UFPB/CCS.

1. Doenças crônicas. 2. Cuidados paliativos. 3. Saúde.
4. Qualidade de vida. I. Freire, Maria Eliane Moreira.
II. Título.

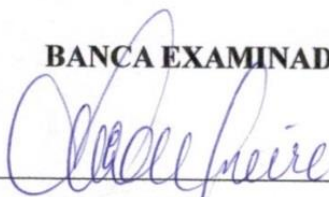
UFPB/BC

FOLHA DE APROVAÇÃO

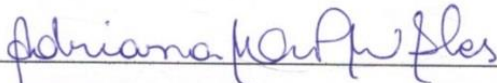
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Cuidados Paliativos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba.

Apresentado em: João Pessoa, 22 / 08 / 2019

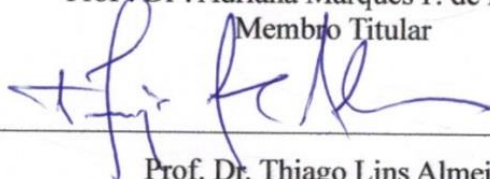
BANCA EXAMINADORA



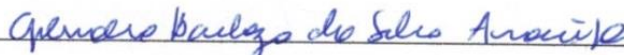
Prof^ª. Dr^ª. Maria Eliane Moreira Freire
Orientadora



Prof^ª. Dr^ª. Adriana Marques P. de M. Alves
Membro Titular



Prof. Dr. Thiago Lins Almeida
Membro Titular



Enf^ª. Ms. Gilmara Barbosa da Silva
Membro Suplente

JOÃO PESSOA – PB

2019

Ao meu pai, Pedro Leite de Morais (in memoriam), que em seus últimos dias de vida, ensinou-me, verdadeiramente, a filosofia dos Cuidados Paliativos.

À minha mãe, Lygia Coutinho Leite, que segue, sendo lindamente paliada, em seus 89 anos de vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, pelo amanhecer de cada dia.

Ao melhor companheiro da vida, Thiago Araújo Beserra da Costa, meu grande incentivador nessa jornada, que vibrou comigo em todas as etapas concluídas e não me deixou desistir. Essa conquista também é dele!

Ao meu filho, José Pedro Leite de Galiza, minha luz, que suaviza os meus dias com beijos e abraços, cheios do mais puro sentimento: O AMOR!

À minha família, alicerce em todos os momentos.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Maria Eliane Moreira Freire, pelo incentivo, paciência, dedicação, disponibilidade, sempre. Não tenho palavras para agradecer!

À coordenadora, Prof^a. Dr^a. Solange Fátima Geraldo da Costa, pela dedicação e empenho com essa turma pioneira, pela preocupação com o conhecimento científico e persistência dos seus objetivos.

Às pessoas que estiveram envolvidas com a organização durante todo o curso. Em especial à Ana Mabel Sulpino Felisberto, à Ellen Martins Norat e a Rosemary

Gomes da Silva, que estiveram sempre presentes e prontas a nos ajudar.

Aos docentes, por compartilharem, comigo e com os colegas, seus conhecimentos e engrandecer nossas vidas profissionais.

Por fim, aos colegas de curso, pelo prazer da convivência todos esses meses. Chegamos juntos ao final dessa jornada, cheios de conhecimento e prontos para disseminá-los no exercício das nossas profissões.

*“A terminalidade pode se prolongar por anos.
Terminalidade não é a semana que vem.
Terminalidade não é tempo, e sim uma condição
clínica que advém de uma doença grave,
incurável, sem possibilidade de controle.”*

(Ana Cláudia Quintana Arantes)

RESUMO:

Objetivo: Caracterizar pacientes elegíveis para cuidados paliativos internados em um hospital universitário **Método:** Estudo descritivo, transversal, quantitativo. Adotou-se uma amostra populacional, por conveniência, selecionando pacientes maiores de 18 anos, internados no hospital, apresentando diagnóstico de doenças crônicas, no período de junho a julho de 2019. **Resultados:** Participaram 44 pacientes: 21 (47,7%) acima de 60 anos, 29 (65,9%) do sexo feminino, 28 (63,6%) não casados, 36 (81,8%) morando com familiares; 23 (52,3%) internados na clínica médica, 39 (88,6%) relataram internações anteriores, 20 (45,5%) apresentaram doença cardíaca, câncer ou diabetes, 37 (84,1%) com comorbidades, 40 (90,9%) com medicações de uso contínuo, 24 (54,5%) tabagistas e 18 (40,9%) etilistas. Foram elegíveis pela *Palliative Care Screening Tool*, 95,5% dos participantes para cuidados paliativos e 4,5% ficaram em observação clínica. **Conclusão:** O estudo corrobora a relevância da implantação de uma unidade em cuidados paliativos frente as doenças crônicas.

DESCRITORES: Doenças crônicas; Cuidados paliativos; Saúde; Qualidade de vida

ABSTRACT:

Objective: Characterize eligible patients for palliative care admitted to a university hospital.

Method: Descriptive, transverse and quantitative study. Population sample was adopted, for convenience, selecting patients over 18 years, diagnosed with chronic disease, admitted to a university hospital, from June to July, 2019. **Results:** 44 patients participated, 29 (65,9%) female, 21 (47,7%) age group above 60 years, 28 (63,6%) not married, 36 (81,8%) living with family; 23 (52,3%) admitted to the medical clinic, 39 (88,6%) reporting previous hospitalizations; 21 (45,5%) had heart disease, cancer or diabetes, 37 (84,1%) with comorbidities, 40 (90,9%) with continuous use medications, 24 (54,5%) smokers and 18 (40,9%) alcoholists. Were eligible for palliative care 95,5% of the participants, using the instrument “Palliative Care Screening Tool” and 4,5% were under clinical observation.

Conclusion: The study corroborate the relevance of implementation of a palliative care unit in the face of chronic diseases.

DESCRIPTORS: Chronic disease; Palliative care; Health; Quality of life.

RESUMEN:

Objetivo: Caracterizar a pacientes elegibles para cuidados paliativos internados en un hospital universitario. **Método:** Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo. Se adoptó una muestra poblacional, por conveniencia, seleccionando pacientes mayores 18 años, presentando diagnóstico de enfermedad crónica, internados en un hospital universitario, en el período de junio a julio de 2019. **Resultados:** Participaron 44 pacientes, 29 (65,9%) del sexo femenino, 21 (47,7%) franja de edad superior a 60 años, 28 (63,6%) no casados, 36 (81,8%) viviendo con familiares; 23 (52,3%) internados en la clínica médica, 39 (88,6%) relatando internaciones anteriores; 20 (45,5%) tenían enfermedad cardíaca, cáncer y diabetes, 37 (84,1%) con comorbilidades, 40 (90,9%) con medicaciones de uso continuo, 24 (54,5%) tabaquistas y 18 (40,9%) etilistas. Fueron elegibles, por la *Palliative Care Screening Tool*, un 95,5% de los participantes para cuidados paliativos y un 4,5% estaban bajo observación clínica. **Conclusión:** El estudio corrobora la relevancia de la implantación de la unidad de cuidados paliativos frente a las enfermedades crónicas.

DESCRIPTORES: Enfermedades crónicas; Cuidados paliativos; Salud; Calidad de vida.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. METODOLOGIA	13
3. RESULTADOS	16
4. DISCUSSÃO	20
5. CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	24

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO CEP

ANEXO B – FORMATAÇÃO DA REVISTA CUIDADOS É FUNDAMENTAL

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde de grande destaque mundial. No Brasil, são apontadas como responsáveis por estarem entre as principais causas de adoecimento e internações hospitalares e por cerca de 72% dos óbitos, atingindo diversas camadas socioeconômicas, principalmente os grupos com maior fragilidade, como idosos, analfabetos e pessoas com baixa renda¹. As transformações sociais e econômicas propiciaram mudanças no estilo de vida da sociedade, as quais, aliadas a uma maior expectativa de vida da população, culminaram com o aumento da incidência das DCNT no mundo e no Brasil². Além disso, observa-se, também, que as DCNT deixaram de ser consideradas um problema apenas de países ricos e passaram a ser observadas em países com rendas médias e baixas^{2,3}.

Estudos mostram que essas doenças caracterizam-se por longos períodos de latência, em geral, de origem não infecciosa, com etiologia incerta, relacionadas a fatores de risco variados, geralmente ligadas a deficiências e incapacidades funcionais, de curso prolongado e são responsáveis por 63% das mortes em todo o mundo³. Elas vêm ocasionando uma elevação no número de mortes prematuras, com perda gradativa da qualidade de vida do paciente, levando a um alto grau de dependência, maior necessidade de cuidados contínuos e prolongando o sofrimento até o óbito^{4,5}. A maioria dessas doenças é incurável e o tratamento tem, como principal meta, proporcionar o controle de sua evolução⁶.

Com os avanços tecnológicos na saúde, a média de vida do povo brasileiro passou dos 45 anos de idade, em 1940, para mais de 72 anos, em 2008, e, segundo a projeção do IBGE, o Brasil vai continuar caminhando para o crescimento da média de vida da população, chegando aos mais de 81 anos, em 2050⁷. Essa evolução vem permitindo o desenvolvimento de técnicas que auxiliam no manejo das doenças crônicas, e, como consequência, um aumento da expectativa de vida da população e uma mudança no perfil de pacientes internados nos hospitais⁸. Observa-se que o tempo de vida tem se estendido e o processo de morte se alonga na mesma proporção, muitas vezes causando mais sofrimento para as pessoas acometidas com doenças crônicas e incapacitantes, prolongando o tempo de permanência delas no ambiente hospitalar⁹.

Nesse sentido, para as condições com risco de morte iminente ou que limitem a sobrevida do paciente, surgem, como medida terapêutica, os cuidados paliativos (CP). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o cuidado paliativo é uma abordagem que

visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares diante de uma doença ameaçadora à vida, prevenindo o sofrimento através da identificação precoce, avaliação e tratamento impecáveis da dor e de outros sintomas, sejam eles psicológicos, sociais e/ou espirituais^{5,10}.

Na abordagem paliativa, o foco do cuidado não é a doença, mas o doente, seus familiares e sua história de vida, com uma filosofia que ampara, de forma completa, pacientes com doenças crônicas, progressivas e incuráveis, a reconhecer que a morte é um processo natural da vida. Para essas doenças, o tratamento indicado visa ao controle da evolução, de modo que é indicada a abordagem paliativa simultaneamente, e, conforme a doença progride, eles vão se tornando prioridade até serem a necessidade exclusiva do doente^{6,9}.

No Brasil, a indicação de CP ainda é um grande desafio. Observa-se que, para muitos, a inclusão de um paciente nessa abordagem é algo desesperador, pois sinaliza que a pessoa está em processo de terminalidade da vida. Aliado a isso, estudos mostram que o diagnóstico e a comunicação do quadro de irreversibilidade de uma doença e a indicação do paciente para a abordagem paliativa têm sido de responsabilidade apenas do profissional médico. Porém, a indicação e intervenção desses cuidados deve agrupar os conhecimentos e habilidades de uma equipe multiprofissional que auxilie o paciente e sua família na adaptação das transformações impostas pela doença^{5,11}.

Para a indicação de pacientes elegíveis para a abordagem paliativa, a maioria dos pesquisadores utiliza escalas de grau de capacidade e dependência funcional. O “*Center to Advance Palliative Care*” (CAPC), nos Estados Unidos da América (EUA), sugere aos hospitais com programas de CP a utilização da escala de triagem “*Palliative Care Screening Tool*” (PCST) para indicação ou não de pacientes nessa abordagem⁵. A utilização dessa escala tem como objetivo avaliar os pacientes através de critérios pré-definidos e considerar a necessidade ou não de se empregar cuidados paliativos¹².

Considerando que há um aumento na prevalência de pacientes com DCNT no âmbito mundial, e que há também um aumento no número de internações hospitalares, associadas a essas doenças, no Brasil, e visto que os cuidados paliativos para doenças crônicas, progressivas, ameaçadoras à vida, são uma alternativa para proporcionar qualidade de vida a esses pacientes nos serviços de saúde, faz-se necessário realizar uma identificação deles, com o propósito de caracterizar e eleger, utilizando ferramentas, com critérios bem definidos, que possam indicá-los ou não à abordagem dos cuidados paliativos.

Com essa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo geral caracterizar pacientes elegíveis para cuidados paliativos internados nas unidades de internação de um hospital universitário. De maneira geral, hospitais universitários possuem uma maior abrangência de especialidades médicas e uma busca de usuários, bastante significativa, com histórico de doenças crônicas. Isto posto, a iniciativa de verificar a prevalência de pacientes com indicação para cuidados paliativos, poderá ser considerada uma importante evidência científica para os gestores quanto à necessidade de se instituir uma unidade de cuidados paliativos no serviço e, com isso, promover uma atenção integrada, humanizada e compatível com as reais necessidades de assistência requeridas por esses pacientes.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, observacional, de caráter transversal e com abordagem quantitativa, realizado nas seguintes unidades de internação: clínica médica; clínica cirúrgica e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital universitário, localizado na cidade de João Pessoa, Paraíba. A escolha desse local se deu por ser um hospital de ensino, que recebe pacientes com doenças de diversas especialidades médicas, o que viabilizou o desenvolvimento dele.

Utilizou-se uma amostra populacional, obtida por conveniência, considerando o quantitativo de participantes acessados durante o período da coleta de dados e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: pacientes com diagnóstico de base de doenças crônicas; internados nas unidades de internação do referido hospital no período da coleta de dados, sendo excluídos os pacientes com idade inferior a 18 anos.

O estudo foi realizado de junho a julho de 2019. Nesse período, obteve-se acesso a 53 pacientes que atendiam aos critérios de seleção, no entanto, nove pacientes não foram incluídos no estudo por não aceitarem a participação ou por incapacidade de obtenção da anuência do paciente ou do seu responsável. Dessa forma, a amostra final foi de 44 participantes.

Os dados foram coletados a partir do preenchimento de um instrumento contemplando dados sociodemográficos e clínicos de pacientes selecionados para o estudo, contendo variáveis necessárias para atendimento dos objetivos propostos e anotações contidas nos prontuários deles. Com os dados obtidos, foi possível preencher os itens da escala “*Palliative Care Screening Tool*” (PCST) fornecida pelo “*Center to Advance Palliative Care*” (Tabela 1). Esta escala inclui quatro critérios de avaliação: doença de base; doenças associadas; condição funcional e condições pessoais dos pacientes, com a seguinte graduação: até 2 pontos, não há indicação de cuidados paliativos; 3 pontos, o paciente fica em observação clínica; maior ou igual a 4 pontos, considerar cuidados paliativos. Essa graduação tem a finalidade de identificar a necessidade ou não desses cuidados para os pacientes avaliados. Ressalta-se que não foram encontradas evidências de validação dessa escala no Brasil, apesar de ter sido utilizada em estudos anteriores^{5,12}.

Tabela 1 – Escala *Palliative Care Screening Tool*¹²

<i>Palliative Care Screening Tool</i> ¹²
Critério número 1 Doenças de base – 2 pontos para cada subitem: <ol style="list-style-type: none"> 1. Câncer – Metástases e/ou recidivas; 2. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) avançada – repetidas exacerbações; 3. Sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC) – decréscimo da função motora $\geq 50\%$; 4. Insuficiência Renal Grave – <i>Clearence</i> de Creatinina $< 10\text{ml/min}$; 5. Doença Cardíaca Grave – Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) com fração de ejeção (FE) do Ventrículo Esquerdo FE $< 25\%$, Miocardiopatia, Insuficiência Coronariana significativa; 6. Outras doenças limitantes à vida do paciente;
Critério número 2 Doenças associadas – 1 ponto para cada subitem: <p>Doença Hepática;</p> <p>Doença Renal Moderada – <i>Clearence</i> de Creatinina $< 60\text{ml/min}$;</p> <p>DPOC moderada – quadro clínico estável;</p> <p>ICC moderada – quadro clínico estável;</p> <p>Outras doenças associadas – o conjunto delas vale 1 ponto;</p>
Critério número 3 Condição funcional do paciente <p>Esse critério avalia o grau de dependência, levando em consideração a capacidade de realizar atividades habituais do cotidiano, atos de cuidados pessoais e número de horas diárias confinado ao leito ou à cadeira de rodas. Pontua-se de 0 (paciente totalmente independente, ativo, que não possui restrições) até 4 (completamente dependente, necessita de ajuda em período integral, confinado à cama ou cadeirante)</p>
Critério número 4 Condições pessoais – 1 ponto para cada subitem <ol style="list-style-type: none"> 7. Necessidade de ajuda para decisões complexas de tratamento e questões psicológicas ou espirituais não definidas; 8. Histórico de internações recentes em serviços de emergência; 9. Hospitalizações frequentes por descompensação da doença de base; 10. Internações prolongadas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou paciente já internado em UTI com mau prognóstico
A soma dos subitens justificará a indicação ou não de Cuidados Paliativos: Até dois pontos – sem indicação de CP Até três pontos – observação clínica Maior ou igual a quatro pontos – considerar Cuidados Paliativos

Fonte: Lucchetti, *et al.*, 2009

Para a credibilidade do estudo, foi utilizada também a “*Palliative Performance Scale*” (PPS), escala utilizada pelo *Victoria Hospice Society*, no Canadá, e adotada pela Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) no Brasil. Ela avalia o estado funcional do paciente,

através de cinco dimensões: deambulação; atividade e evidência de doença; autocuidado; ingestão e nível de consciência. Seu escore varia de 10% a 100%, e quanto mais alto o escore, melhor o estado funcional do paciente¹³.

Os dados coletados foram compilados em um banco de dados e submetidos à análise estatística, de maneira descritiva, com medidas de frequência (números e porcentagens) e os resultados foram organizados por meio de tabelas e gráficos. Após análise, os dados foram discutidos à luz da literatura e de evidências científicas relacionadas ao tema proposto.

Foram levados em consideração os aspectos éticos preconizados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa em seres humanos e a Resolução 311/2017 do COFEN, que institui o Código de Ética de Enfermagem. A coleta de dados só teve início após a apreciação e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, (CAAE:13377319.3.0000.5183) através do parecer consubstanciado de número 3.461.861.

3. RESULTADOS

Participaram, do estudo, 44 pacientes internados em um hospital universitário, com características sociodemográficas e clínicas apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes internados em um hospital universitário no período de junho a julho de 2019. João Pessoa, PB, Brasil, 2019

Características Sociodemográficas (n=44)		
Variável	Pacientes	Porcentagem
Idade		
27-40	8	18,2
41-59	15	34,1
60-90	21	47,7
Sexo		
Feminino	29	65,9
Masculino	15	34,1
Estado Civil		
Solteiro/Divorciado/Viúvo	28	63,6
Casado/União Estável	16	36,4
Arranjo Familiar		
Mora Sozinho	6	13,7
Mora com Familiares	36	81,8
Outros	2	4,5
Total	44	100
Características Clínicas (n=44)		
Variável	Pacientes	Porcentagem
Unidade de Internação		
Clínica Médica	23	52,3
Unidade de Terapia Intensiva	17	38,6
Clínica Cirúrgica	4	9,1
Internações Anteriores		
Sim	39	88,6
Não	5	11,4
Medicamentos Uso Contínuo		
Sim	40	90,9
Não	4	9,1

Tabagistas		
Sim	24	54,5
Não	20	45,5
Etilista		
Sim	18	40,9
Não	26	59,1
Total	44	10

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2019

Com relação à faixa etária, houve predominância nas faixas entre 41 a 59 anos, com 15 (34,1%) e 60 a 90 anos, com 21 (47,7%). A maioria era do sexo feminino, correspondendo a 29 (65,9%) participantes; 28 (63,6%) estavam sem companheiro(a), estando na condição de solteiro, divorciado, separado ou viúvo; e 36 (81,8%) moravam com familiares.

Quanto às características clínicas, observou-se que a maioria dos participantes se encontrava na unidade de clínica médica e de terapia intensiva, correspondendo a 23 (52,3%) e 17 (38,6%), respectivamente. Evidenciou-se ainda que 39 (88,6%) participantes relataram internações anteriores e 40 (90,9%) deles faziam uso contínuo de medicamentos.

Com relação ao hábito de uso do tabaco, houve uma pequena variação entre os que fumavam e não fumavam, correspondendo a quatro (9,1%) participantes, ressaltando que a maioria, 24 (54,5%), afirmou positivamente. No tocante ao consumo de álcool, observou-se que a maioria não relatou ter este hábito, representado por 26 (59,1%) participantes. Foram considerados tabagistas e etilistas todos os pacientes que têm ou já tiveram esses hábitos em algum momento da vida.

Sobre a prevalência de doenças crônicas e a presença ou não de comorbidades, extraídas dos dados do estudo, ilustradas na Tabela 3, verificou-se que a doença cardíaca, o câncer e o diabetes foram os diagnósticos médicos mais prevalentes, totalizando 20 (45,5%) participantes. Dentro da variável “outras doenças”, quatro (9,1%) tinham diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico; três (6,8%) de artrite reumatoide, além de doença de Crohn, miastenia gravis, púrpura trombocitopênica idiopática e retocolite ulcerativa crônica, representados por um (2,3%) participante, respectivamente, totalizando 11 (25%) pacientes.

Tabela 3: Prevalência de doenças crônicas e presença de doenças associadas nos pacientes internados nas unidades de internação de um hospital universitário, no período de junho a julho de 2019. João Pessoa-PB, Brasil, 2019.

Doenças Crônicas (n=44)		
	Número de Pacientes	Porcentagem
Doença Cardíaca	8	18,2
Câncer	7	15,9
Diabetes	5	11,4
Doença Hepática	4	9,1
AVE	3	6,8
DPOC	3	6,8
Doença Neurológica	2	4,5
Doença Renal	1	2,3
Outras doenças	11	25,0
Total	44	100,0

Presença Doenças Associadas (n=44)		
	Número de Pacientes	Porcentagem
Sim	37	84,1
Não	7	15,9
Total	44	100

DPOC = Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; AVE = Acidente Vascular Encefálico

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2019

A Tabela 4 mostra os resultados a respeito dos critérios de elegibilidade para os cuidados paliativos. Utilizando a “*Palliative Performance Scale*” (PPS), observou-se que 33 (75%) pacientes apresentaram escore da PPS menor ou igual a 50%, com indicativo de cuidados paliativos pelo critério de funcionalidade, ao passo que 11 (25%) pacientes tiveram escores maior que 50%.

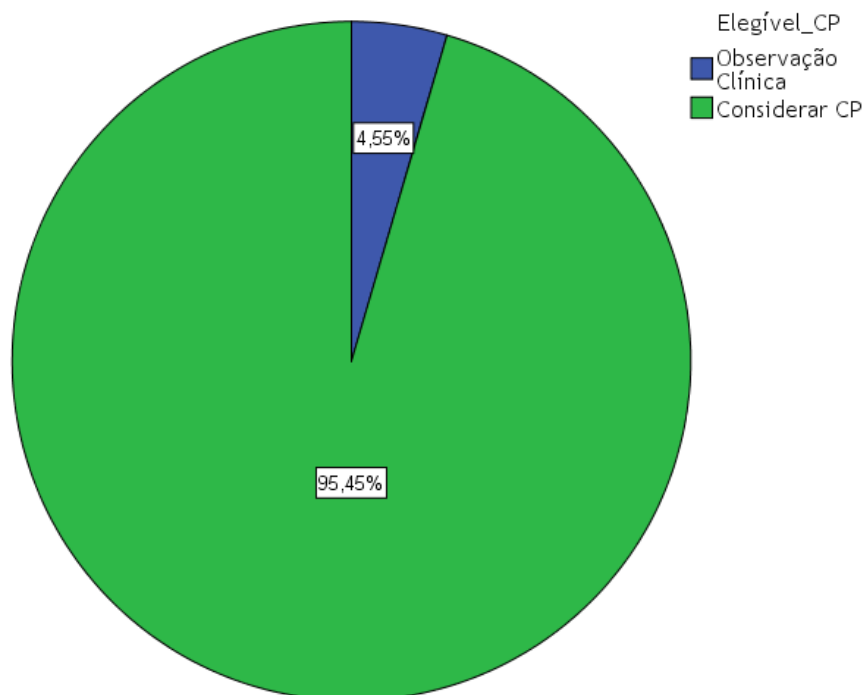
Após a avaliação do estado de funcionalidade dos pacientes pela PPS, foi utilizada a “*Palliative Care Screening Tool*” (PCST), que permitiu uma avaliação quanto à indicação dos cuidados paliativos, através de critérios definidos de doenças de base, doenças associadas, funcionalidade e aspectos pessoais do paciente¹². Os resultados apresentados pela PCST foram que 42 (95,5%) pacientes foram considerados elegíveis para os Cuidados Paliativos, e apenas dois (4,5%) ficaram em observação clínica (Gráfico 1).

Tabela 4: Percentual de *performance* paliativa de pacientes internados em um hospital universitário, no período de junho a julho de 2019. João Pessoa-PB, Brasil, 2019

<i>Palliative Performance Scale</i>		
PPS%	Pacientes	Porcentagem
10%	3	6,8
30%	18	40,9
40%	4	9,1
50%	8	18,2
60%	7	15,9
70%	2	4,5
80%	1	2,3
90%	1	2,3
Total	44	100,0

Fonte: Dados empíricos da pesquisa, 2019

Gráfico 1 – Percentual dos pacientes elegíveis para cuidados paliativos, segundo a escala PCST, internados em hospital universitário, no período de junho a julho de 2019. João Pessoa-PB, Brasil, 2019



4. DISCUSSÃO

Os avanços tecnológicos na saúde estimularam o prolongamento da vida, porém o uso dessas tecnologias, de maneira inadequada, pode promover mais sofrimento ao paciente que se encontra com uma doença crônica e em estágio avançado¹⁴. É necessário pensar sobre o caminho mais adequado para a aplicação dos serviços e políticas de saúde, que disponibilize um suporte seguro para esses pacientes até o final da vida⁵.

A presente pesquisa mostrou que a faixa etária com maior prevalência de doenças crônicas foi entre 60 e 90 anos, com 21 (47,7%) pacientes. Nesse sentido, estudos anteriores relatam que a incidência dessas doenças em idosos é bastante significativa, e que a diminuição da capacidade funcional desses pacientes os tornam bastante dependentes. Dessa forma, a visão atual dos gestores deve estar voltada para ações e investimentos que favoreçam a qualidade de vida do idoso acometido por doença incapacitante, para que ele permaneça saudável e menos dependente a maior quantidade de tempo possível².

O estudo mostrou, também, que houve um número maior de pacientes do sexo feminino, 29 (65,9%), com doenças crônicas. Estudos sobre sociedades industrializadas, no que diz respeito à diferença de gênero em relação à saúde, revelaram que as mulheres, apesar de viverem mais que os homens, apresentam maior morbidade, pois se preocupam com a saúde, utilizam mais os serviços, e têm acesso a diagnósticos e tratamentos¹⁵.

Em estudos realizados sobre a ocorrência e mortalidade causadas por doenças crônicas no mundo, constatou-se que os quatro grupos principais de DCNT – responsáveis pela maioria dos casos de óbitos (80,7%) – estavam relacionadas às doenças cardiovasculares, às neoplasias malignas, às doenças respiratórias e ao diabetes¹⁶. No presente estudo, as principais doenças crônicas encontradas foram as doenças cardíacas – oito (18,2%) pacientes –, seguida de câncer – sete (15,9%) – e diabetes – cinco (11,4%). Em pesquisa realizada em Minas Gerais, no Brasil, na qual foi aplicado um questionário compilado do “*Supportive and Palliative Care Indications Tool*” (SPCIT), constatou-se que a principal causa para indicação de cuidados paliativos remete a doenças cardiovasculares (32,3%)¹⁷.

Nesse contexto, no qual se observa um alto índice de pacientes com doenças cardíacas – com pontuações que indicam cuidados paliativos –, é importante avaliar, não apenas o paciente oncológico como elegível para cuidados paliativos, mas também o portador de outras doenças crônico-degenerativas em estágio avançado, com grau de dependência física e social elevados¹².

Em geral, as doenças crônicas estão associadas com quatro principais fatores de risco – o uso do cigarro, a falta de atividade física, a alimentação inadequada e o consumo prejudicial de bebidas alcoólicas¹⁶. Nesse estudo, pode-se observar 24 (54,5%) participantes tabagistas e 18 (40,9%) etilistas.

No que diz respeito ao local de internação dos pacientes, o estudo revelou que, apesar de a maioria estar internada na clínica médica, 23 (52,3%), obteve-se um número expressivo de pacientes na UTI, 17 (38,6%). No contexto dos cuidados paliativos, a equipe deve estar atenta para promover uma assistência humanizada, evitando tratamentos fúteis que resultem em perda da dignidade humana na fase terminal¹⁴. Dessa forma, a utilização das tecnologias disponíveis em ambiente de UTI, como mecanismo de cura de pacientes com restrição terapêutica, muitas vezes promove o prolongamento do morrer^{14,18}.

Os cuidados paliativos são uma resposta aplicada aos desequilíbrios consequentes de doenças crônicas, progressivas e sem possibilidade de cura, com o objetivo de prevenir o sofrimento gerado por elas, proporcionando qualidade de vida aos doentes e suas famílias¹⁹. Porém, eleger pacientes que se encaixam nos critérios dos cuidados paliativos é um desafio. Estudos mundiais propõem a utilização de escalas de triagem para indicar esses pacientes¹².

Assim como em pesquisas anteriores, a utilização da PCST possibilitou a inclusão de pacientes como elegíveis para os cuidados paliativos, que seriam excluídos se a avaliação tivesse sido realizada apenas utilizando uma escala de funcionalidade. Essa escala oferece uma pontuação que utiliza os critérios de doenças crônicas de base, comorbidades, funcionalidade e outras condições referentes ao estado de comprometimento do paciente⁵. A utilização da PCST como indicador para cuidados paliativos, nesse estudo, revelou que 42 (95,5%) pacientes preencheram critérios de indicação, ao passo que dois (4,5%) foram colocados em observação clínica. Caso o estudo tivesse levado em consideração apenas a avaliação funcional, 11 (25%) pacientes, que apresentaram a PPS maior que 50%, não estariam indicados para a abordagem paliativa.

A aplicação da escala PCST como indicador de pacientes para abordagem paliativa observou, além da funcionalidade, outros critérios como: doenças crônicas; doenças associadas; internações anteriores; condições sociais e psicológicas. Dessa forma, obteve-se, como resultado, 37 (84,1%) pacientes com doenças associadas à doença de base; 39 (88,6%) já foram internados anteriormente, alguns deles mais de uma vez e 40 (90,9%) pacientes declararam utilizar medicamentos de uso contínuo. Observa-se que, de acordo com estudos anteriores, conhecer como se comportam as DCNT, os fatores de risco, a ocorrência de internações, entre outros fatores, é essencial para nortear o planejamento e a tomada de

decisões¹⁸. Outros estudos que utilizaram a ferramenta de triagem PCST, a consideraram uma alternativa para ajudar equipes de saúde a definir essas estratégias e condutas em relação ao tratamento dos pacientes com doenças crônicas, elegíveis para cuidados paliativos, e seus familiares¹².

5. CONCLUSÃO

O estudo evidenciou a prevalência das doenças crônicas no Brasil e no mundo. Mostrou que essas doenças possuem múltiplos fatores de risco, e que, associadas a outras comorbidades, deixam os pacientes mais incapacitados, necessitando de uso de medicações contínuas e internações frequentes em serviços de emergência e hospitalares, e muitas vezes em UTI. Destacou, também, que a maior incidência dessas doenças é na população idosa, acima de 60 anos. Revelou, ainda, que as mulheres são as que possuem maior morbidade por doenças crônicas, e procuram mais os serviços de saúde que os homens.

Verificou-se que a maioria dos indivíduos avaliados pelo estudo, acometidos por DCNT e internados no hospital universitário, foram indicados como elegíveis para os cuidados paliativos pela escala PCST. Neste sentido, observou-se que, mesmo quanto aos indivíduos que apresentaram PPS acima de 50%, apenas dois não tinham indicação para os cuidados paliativos, porém ficaram em observação clínica e teriam sido excluídos pela PPS.

Embora o local do estudo tenha sido um hospital universitário, de referência no Estado da Paraíba, o qual abrange várias especialidades médicas e atende a usuários com histórico de doenças crônicas, este não possui uma unidade destinada a pacientes em cuidados paliativos. Dessa forma, para atender à Resolução 41, do Diário Oficial da União (DOU), de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes dos cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e com o objetivo de promover uma melhor qualidade de vida para os pacientes com doenças crônicas, degenerativas, progressivas e incapacitantes e suas famílias, seria importante instituir uma unidade de cuidados paliativos no serviço com uma equipe multiprofissional capacitada que promova a atenção humanizada e interdisciplinar, de acordo com as necessidades desses usuários.

Necessário se faz, também, a implementação de escalas de triagem para cuidados paliativos que atendam, não apenas aos pacientes oncológicos, mas a todos os pacientes acometidos por doenças crônicas, progressivas e incapacitantes, levando em consideração outros critérios de avaliação, além da capacidade funcional desses indivíduos. Nesse sentido, a escala de triagem utilizada no estudo, a PCST, indicou ser viável para a elegibilidade de pacientes na abordagem paliativa, porém, faz-se necessário que haja outros estudos que avaliem a utilização dela em ambientes hospitalares e que promovam sua validação no Brasil.

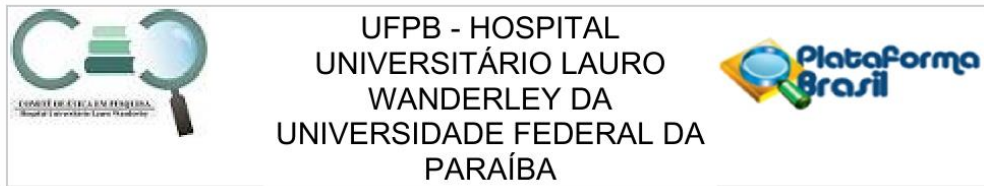
REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Moraes Neto OLM, Silva Júnior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2011; 20(4): 425-438.
2. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia*. 2011; 14(4): 779-786.
3. Baumgartel C, Onofrei M, Lacerda LLV, Grillo LP, Mezadri T. Fatores de risco e proteção de doenças crônicas em adultos: estudo de base populacional em uma cidade de médio porte do Sul do Brasil. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2016; 11(38):1-13.
4. Malta DC, Moura L, Prado RP, Escarlate JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Rev. Epidemiol. Serv. Saúde*, 2014; 23(4): 599-608.
5. Marcucci FCI, Perilla AB, Brun MM, Cabrera MAS. Identificação de pacientes com indicação de cuidados paliativos na estratégia de saúde da família: estudo exploratório. *Cad. Saúde Colet*. 2016; 24(2):145-152.
6. Silva Filho SRB, Lobo RR, Lima NKG, Ferriolli E, Moriguti JG. Cuidados paliativos em enfermagem de clínica médica. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2010; 43(2): 26-33.
7. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Agência de notícias: sala de imprensa: População brasileira envelhece em ritmo acelerado. 2008. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/13577-asi-ibge-populacao-brasileira-envelhece-em-ritmo-acelerado>
8. Cassettari AJ, Moritz RD. Pacientes críticos elegíveis para ação paliativista. *ACM Arq. Catarin. Med*. 2015; 44(2):60-73.
9. Maia FV, Santos TR, Ribeiro IM. Ortotanásia em unidade de terapia intensiva sob a ótica dos profissionais. *Rev. Cuidarte Enfermagem*. 2015; 9(1):36-43.
10. World Health Organization. Definition of palliative care [internet]. Geneva: WHO, 2019. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
11. Rodrigues LA, Ligeiro C, Silva M. Cuidados paliativos, diagnósticos e terminalidade: indicação e início do processo de palição. *Rev. Cuidarte Enfermagem*. 2015; 9(1):26-35.
12. Lucchetti G, Badan Neto AM, Ramos SAC, Faria LFC, Granero ALO, Pires SL, Gorzoni ML. Uso de uma escala de triagem para cuidados paliativos nos idosos de uma instituição de longa permanência. *Geriatrics & Gerontology*. 2009; 3(3):104-108.
- 13 – Maciel MGS, Carvalho, RT. Palliative performance scale. Versão 2. Tradução brasileira para língua portuguesa. 2009; São Paulo. Disponível em: https://www.victoriahospice.org/sites/default/files/pps_portuguese_0.pdf

14. D'Arco, C, Ferrari, CMM, Carvalho, LVB, Priel, MR, Pereira, LL. Obstinação terapêutica sob o referencial bioético da vulnerabilidade na prática da enfermagem. *O Mundo da Saúde*. 2016; 40(3): 382-389.
15. Santos, MAS, Oliveira, MM, Andrade, SSCA, Nunes, ML, Malta, DC, Moura, L. Tendências da mortalidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília. 2015; 24(3): 389-398.
16. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, Lotufo PA, Vigo A, Barreto SM. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev. Saúde Pública*, 2012; 46 (Supl): 126-34.
17. Faria JAM, Ferreira LG, Vieira MAB, Cosenza NN, Alvarenga PP, Figueiredo PL. Perfil dos pacientes com indicação de cuidados paliativos no Hospital Júlia Kubstchek. *Rev. Med. Minas Gerais*. 2015; 25(1):25-29.
18. Gulini JEHMB, Nascimento ERPN, Moritz RD, Vargas MAO, Matte DL, Cabral RP. Fatores preditores de óbito em unidade de terapia intensiva: contribuição para a abordagem paliativista. *Rev. Esc. Enf. da USP*. 2018; 52:e 03342. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X20170023203342>.
19. Carvalho, MIL. Cuidados paliativos em Portugal: configuração e desenvolvimento da formação breve, graduada e pós-graduada. *Rev. Kairós Ger. São Paulo*. 2012; 15(2): 05-12.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES ELEGÍVEIS PARA CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: ADRIANA COUTINHO LEITE

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 13377319.3.0000.5183

Instituição Proponente: Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.461.861

Apresentação do Projeto:

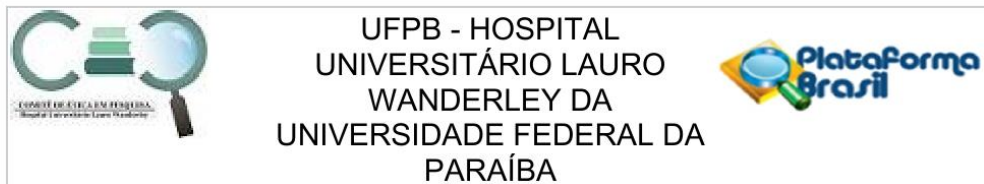
Trata-se da apresentação de Emenda de nº 1 ao protocolo de pesquisa, versão de nº 3, do protocolo de pesquisa de trabalho de conclusão de residência em cuidados paliativos do CCS-UFPB, da pesquisadora Adriana Coutinho Leite, sob orientação da Professora Maria Eliane Moreira Freire.

A Emenda tem como justificativa: "Considerando o tempo de execução do estudo e o fato de ter poucos participantes para serem incluídos na amostra, decidi-se ampliar o local de pesquisa da UTI para as Clínicas Cirúrgica e Médica, com o objetivo de alcançar o maior número amostral possível.."

Desenho do estudo: Trata-se de um estudo descritivo, observacional. Com relação a temporalidade do estudo, terá caráter transversal e com uma abordagem quantitativa, inclinado a enfatizar o raciocínio dedutivo, a lógica e as características que podem ser mensuradas da experiência humana.

População: para alcance do objetivo proposto, será adotado o estudo populacional, contemplando todos os pacientes que estiverem internados na UTI, Clínicas Cirúrgica e Médica do HULW e que atendam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para o presente estudo. A amostra inicial será de cerca de 53 pacientes que estejam internados e que se encaixem nos critérios de

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.461.861

inclusão.

Critério de Inclusão:

pacientes com diagnóstico de base de doença crônica, que estejam internados nas unidades de internação (UTI, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica) do referido hospital no período da coleta de dados. Serão excluídos pacientes com idade menor que 18 anos.

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados serão submetidos a análise descritiva, a partir da organização dos resultados, por meio de tabelas e/ou gráficos, com medidas de frequência (números, percentuais), médias, desvio padrão. A partir destes, serão discutidos à luz da

literatura e evidências científicas.

Coleta dos dados: Os dados serão levantados a partir de um instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica e por meio de uma escala de triagem - Palliative Care Screening Tool, que possui critérios de avaliação relacionados às doenças de base, doenças associadas, condição funcional e condição pessoal dos pacientes avaliados. Para o atendimento do objetivo proposto, poderá também haver a necessidade de utilização de outras escalas para avaliação da performance dos pacientes. Para levantamento dos dados, a pesquisadora fará investigação nos prontuários dos pacientes internados na UTI, clínica média e cirúrgica, no período da coleta de dados, para preenchimento dos instrumentos; poderá haver também a necessidade de dados complementares a serem obtidos a partir de exame físico ou perguntas feitas diretamente ao participante e/ou seus familiares.

Vigência do Projeto: março a agosto de 2019.

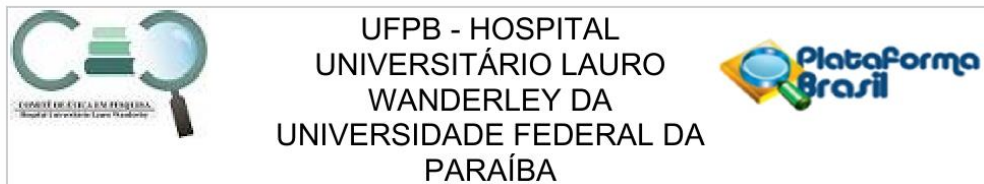
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Caracterizar pacientes para Cuidados Paliativos internados nas unidades de internação de um hospital universitário;

Objetivos específicos:

- investigar as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes internos neste hospital;
- identificar os pacientes que apresentem indicação para os CP conforme critérios de elegibilidade;

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.461.861

- identificar a prevalência dos pacientes críticos para a abordagem de CP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo terá como riscos mínimos previsíveis a possibilidade de vazamento dos dados dos prontuários dos participantes incluídos no estudo para terceiros, no entanto a pesquisadora comprometer-se-á em salvaguardar tais dados, utilizando-os restritamente para o estudo proposto. Para o paciente/familiar, poderá ocorrer um certo grau de desconforto ao responder alguns questionamentos, o que será também respeitado pela

pesquisadora, deixando-os à vontade para respondê-las ou não.

Os resultados do estudo proposto poderão contribuir para conhecimento factível da prevalência de pacientes elegíveis para cuidados paliativos no contexto das clínicas da instituição selecionadas para o estudo e, a partir daí, suscitar sensibilização por parte da equipe assistencial multiprofissional para reconhecer a necessidade e importância da implantação de escalas de triagem para Cuidados Paliativos no serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Emenda para o projeto de pesquisa sob avaliação apresenta as seguintes alterações: ampliar o local de pesquisa da UTI para as Clínicas Cirúrgica e Médica, com o objetivo de alcançar o maior número amostral possível.

A solicitação da emenda apresenta pertinência e viabilidade ética, ressalta-se que o estudo apresenta ou mantém delineamento metodológico adequado, bem como atende às observâncias éticas recomendadas para estudos envolvendo seres humanos - Resolução CNS nº 466/12).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos do protocolo anexados atendem aos requisitos mínimos estabelecidos pela Norma Operacional 001/2013, CNS.

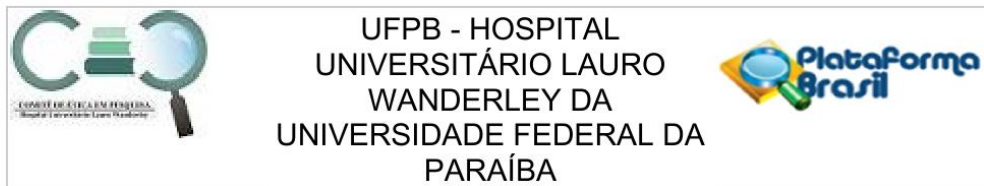
Recomendações:

Recomenda-se ao (a) pesquisador(a) responsável e demais colaboradores, a MANTER A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-HULW, conforme alterações solicitadas na Emenda.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que a EMENDA ao protocolo apresenta viabilidade ética e metodológica e encontra-

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.			
Bairro: Cidade Universitária		CEP: 58.059-900	
UF: PB	Município: JOAO PESSOA		
Telefone: (83)3216-7964	Fax: (83)3216-7522	E-mail: comitedeetica.hulw2018@gmail.com	



Continuação do Parecer: 3.461.861

se em consonância com as diretrizes da Resolução 466/2012, do CNS, MS, somos favoráveis ao desenvolvimento da investigação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO da EMENDA ao protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em reunião ordinária realizada em 09 de julho de 2019.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES PARA O(S) PESQUISADORES

O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

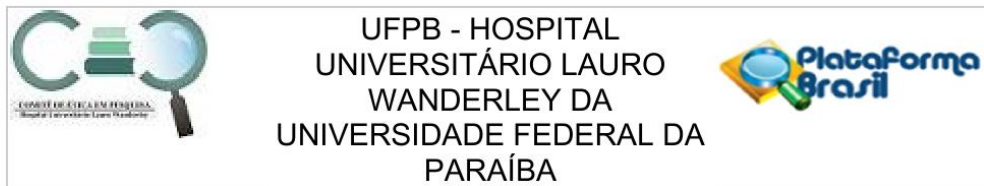
O protocolo de pesquisa, segundo cronograma apresentado pelo pesquisador responsável, terá vigência até 31/08/2019.

Ao término do estudo, o pesquisador deverá apresentar, online via Plataforma Brasil, através de Notificação, o Relatório parcial ou final ao CEP/HULW para apreciação e emissão da Certidão Definitiva por este CEP. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_139178_2_E1.pdf	04/07/2019 14:50:33		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pdf.pdf	04/07/2019 14:28:38	ADRIANA COUTINHO LEITE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CP_pdf.pdf	04/07/2019 14:23:03	ADRIANA COUTINHO LEITE	Aceito
Outros	SCAN_20190603_141552799.pdf	03/06/2019	ADRIANA	Aceito

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com



UFPB - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.461.861

Outros	SCAN_20190603_141552799.pdf	14:37:35	COUTINHO LEITE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_anuencia.pdf	03/06/2019 12:47:44	ADRIANA COUTINHO LEITE	Aceito
Cronograma	Cronograma.odt	09/05/2019 10:55:57	ADRIANA COUTINHO LEITE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	08/05/2019 20:36:18	ADRIANA COUTINHO LEITE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 19 de Julho de 2019

Assinado por:

Caliandra Maria Bezerra Luna Lima
(Coordenador(a))

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.059-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7964 **Fax:** (83)3216-7522 **E-mail:** comitedeetica.hulw2018@gmail.com

ANEXO B – FORMATAÇÃO DA REVISTA CUIDADOS É FUNDAMENTAL

FORMATAÇÃO GERAL DO MANUSCRITO

FORMATO: “.doc”;

FOLHA: Tamanho A4;

MARGENS: 2,5 cm nas quatro margens;

FONTE: Trebuchet MS; fonte 11 (incluindo tabelas e referências). Para citação direta com mais de 3 linhas, utilizar fonte 10.

ITÁLICO: Somente para palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido ou em transliteração de depoimentos.

NOTAS DE RODAPÉ: a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ¶, §§, ††, etc.

ESPAÇAMENTO: Duplo no decorrer do manuscrito, inclusive no resumo.

Simples para título, descritores, citação direta com mais de três linhas e em transliteração de depoimento.

LIMITE DE PALAVRAS CONFORME CATEGORIA DE ARTIGO (incluindo referências):

1. Editorial - Limite máximo de 600 palavras;
2. Artigos originais - Limite máximo 4500 palavras;
3. Revisão - Limite máximo de 5000 palavras;

ANÁLISE DE PLÁGIO

A partir de Janeiro de 2019, uma nova etapa será inserida no processo de revisão dos manuscritos. Um software irá avaliar a questão de plágio, tendo os seguintes resultados:

- Até 25% de plágio - será enviada uma carta aos autores, contendo orientações e recomendações;
- Mais de 50% de plágio - será realizada a captação dos autores e da instituição, sendo cumpridas as questões e deveres éticos em relação aos trabalhos científicos

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Título (Português, Inglês, Espanhol)
2. Resumo (nos 3 idiomas do título)
3. Descritores (nos 3 idiomas do título)
4. Introdução

5. Metodologia
6. Resultados
7. Discussão
8. Considerações finais/conclusão
9. Referências

OBS: AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES:

- É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima;
- Deverá contar em uma nova seção, logo após a conclusão. Citar o número do edital ao qual a pesquisa está vinculada.

FORMATAÇÃO DA ESTRUTURA DO MANUSCRITO

O manuscrito não poderá ter a identificação dos autores, esta identificação deverá estar somente na página de identificação.

As palavras “RESUMO”, “DESCRITORES”, “INTRODUÇÃO”, “MÉTODO”, “RESULTADOS”, “DISCUSSÃO”, “CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO”, “REFERÊNCIAS” e demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em CAIXA ALTA, NEGRITO E ALINHADAS À ESQUERDA.

TÍTULO

Deve aparecer nos 3 idiomas do Resumo;

Tem limite de 16 palavras;

CAIXA ALTA, NEGRITO, ESPAÇAMENTO SIMPLES E CENTRALIZADO.

RESUMO

Incluir, de forma estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Inclui: objetivo, método, resultados e conclusão.

Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido;

Não poderão conter abreviaturas, nem siglas.

DESCRITORES

Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste, sendo a palavra “descritores” em: CAIXA ALTA E EM NEGRITO;

Inserir 5 descritores, separando-os por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descritor em caixa alta;

Os descritores devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo;

Preferencialmente, as palavras utilizadas nos descritores não devem aparecer no título;

Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS) → <http://decs.bvs.br>; Lembrar de clicar em: “Descritor Exato”.

Também poderão ser utilizados descritores do Medical Subject Headings (MeSH) → www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html.

Espaçamento simples entre linhas, conforme exemplo:

DESCRITORES: Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem; Enfermagem; Ensino.

INTRODUÇÃO

Deve conter justificativa, fundamentação teórica e objetivos. A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância, lacunas do conhecimento, e o referencial teórico utilizado quando aplicável.

METODOLOGIA

Deve conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa, população/amostra, critérios de inclusão e de exclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados.

Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos, em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito, e informar o número do parecer de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a legislação vigente.

Ressalta-se a importância da inserção do Parecer do Comitê de Ética na sessão “documentação suplementar”, no ato da submissão do artigo.

RESULTADOS

Informações limitadas aos resultados da pesquisa. O texto deve complementar informações contidas em ilustrações apresentadas, não repetindo os dados.

Inserir sempre o valor de “n” e a porcentagem entre parênteses. Lembrando que n abaixo de 10 deverá estar escrito por extenso e igual ou acima de 10 deverá ser numérico.

Exemplo: “Dos 100 participantes, 15 (15%) referiram melhora do quadro e seis (6%) referiram piora”.

DISCUSSÃO

Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo. Não devem ser reapresentados dados que constem nos resultados.

CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para pesquisas futuras;

Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

AGRADECIMENTOS

Destinar nesta seção os agradecimentos as agências de financiamentos ou organizações que de alguma forma contribuirão para a realização do estudo.

Não se aplica agradecer pessoas ou autores que colaboraram na pesquisa.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez, e apresentadas de acordo com o estilo Vancouver.

Limite máximo de 30 referências;

Exclusivamente, para Artigo de Revisão, não há limite quanto ao número de referências;

Sugere-se incluir referências atuais e estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando número excessivo de referências em uma mesma citação;

Artigos disponíveis online devem ser citados segundo normas de versão eletrônica;

ANEXOS

Os anexos, quando indispensáveis, devem ser citados no texto e inseridos após as referências.

ORIENTAÇÕES PARA ILUSTRAÇÕES

Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).

São permitidas, no máximo, 5 ilustrações as quais devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos

Devem ser indicadas no texto com a primeira letra maiúscula.

Exemplo: Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.

A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências

Tabelas e quadros

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura

Utilizar traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e, na parte inferior da tabela;

Não devem apresentar nem linhas verticais e horizontais no interior da tabela

Devem ser inseridas o mais próximo possível da indicação, e desenhadas com ferramenta apropriada do Microsoft Word for Windows 98® ou compatíveis.

Utilizar fonte Trebuchet MS, tamanho 11, espaçamento simples entre linhas.

O título de tabelas e quadros deve ser colocado imediatamente acima destes, com espaçamento simples, sem negrito. Seguindo os exemplos abaixo:

Exemplo 1: Quadro 1 - Intervenções de enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010 (Sem ponto final)

Exemplo 2: Tabela 1 - Características socioeconômicas de gestantes portadoras de diabetes mellitus tipo II. Curitiba, PR, Brasil, 2015 (Sem ponto final)

Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.

Devem ser apresentadas no texto, o mais próximo possível da indicação, e anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação. Preferencialmente, no formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi.

O título da figura deve ser colocado imediatamente abaixo desta, separado por ponto do nome da cidade, estado, país e ano. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

Exemplo: Figura 1 - Estilos de liderança segundo a Teoria do Grid Gerencial. São Paulo, SP, Brasil, 2011

Não são publicadas fotos coloridas e fotos de pessoas (exceto as de acesso público, já publicadas).

ORIENTAÇÕES PARA CITAÇÕES E DEPOIMENTOS

1) Citação indireta ou paráfrase

Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, sem espaço, entre parênteses, e antes do sinal gráfico.

Exemplo: O enfermeiro contribui para a prevenção de condições incapacitantes¹.

2) Citação sequencial/intercalada

Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial.

Exemplo: 8-10 - a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas.

Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada.

Exemplo: 8,10 - a informação refere que as referências 8 e 10 estão inclusas.

3) Citação direta com até três linhas

Inserida no corpo do parágrafo e entre aspas. O número e página correspondentes à citação literal devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: 8:13 - a informação se refere à referência 8, página 13.

4) Citação direta com mais de três linhas

Constar em novo parágrafo, justificado à direita e com recuo de 4 cm da margem esquerda, digitada em fonte Trebuchet MS 10, espaço simples entre linhas, sem aspas.

O número e página correspondentes à citação direta devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: (8:345-6) o número 8 se refere à referência e o 345-9 às páginas.

5) Depoimento

A transliteração de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte Trebuchet 11, itálico, com espaçamento simples entre linhas, sem aspas.

Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico.

A identificação do sujeito deve ser codificada (explicar a codificação na metodologia), entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

Exemplo: [Comunicação] é você expressar algo, dizer alguma coisa a alguém é o ato de se comunicar [...]. (Familiar 2)